

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE  
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA),  
EN PACIENTES EMBARAZADAS**

Estudio realizado en 150 pacientes que asistieron  
a su control prenatal en el Hospital Nacional de  
Amatitlán, Septiembre 1993, Guatemala.

**T E S I S**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

**P O R**

**ROSARIO IRENE MERIDA DIAZ**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1993.

HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN  
AMATITLAN

GUATEMALA, C. A.

Dirección: 7a. Calle y 10a. Avenida Esquina  
Teléfonos: Nos. 0330-348 y 0330-463

DL  
05  
+ (6801)

Núm. ....

Ref. ....

Al contestar sírvase mencionar  
el Número y Referencia de  
esta hoja.

Octubre 22 de 1,993.-

Doctor  
Raúl Castillo Rodas  
Director CICS, Unidad de Tesis  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos  
Guatemala.-

Sr. Director:

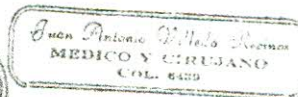
Por este medio me dirijo a Ud., para informarle que la Br. Rosario Mérida Díaz realizó en este Hospital el trabajo de tesis titulado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SIDA EN PACIENTES EMBARAZADAS", durante el mes de septiembre del presente año, por lo que he evaluado el informe final. Considero que este trabajo cumple satisfactoriamente con los requisitos establecidos para su elaboración, por lo que doy mi dictamen de conformidad.

Sin otro particular, aprovecho para suscribirme.

Atentamente,

  
Dr. Juan A. Villeda R.

Director



/egs.  
cc. archivo



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA


Guatemala, 21 de octubre de 1993  
DIF-291093

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis


Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA URBANA ROSARIO IRENE  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
MERIDA DIAZ Carnet No. 86-17468  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA  
(SIDA), EN PACIENTES EMBARAZADAS"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Asesor  
Firma y sello personal  
JORGE BOLIVAR DIAZ C.  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO No. 2593

  
Firma del estudiante

  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 9,912  
Edgar Rodolfo de León Balleas  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO 4040

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E   C O N S T A R   Q U E :


El Bachiller: ROSARIO IRENE MERIDA DIAZ  
Carnet Universitario No. 86-17468

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SINDROME DE INMUNDEFICIENCIA  
ADQUIRIDA (SIDA), EN PACIENTES EMBARAZADAS"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente  
**ORDEN DE IMPRESION :**

Guatemala, 21 de octubre de 1993

Dr. Edgar R. De León Barillas  
Por Unidad de Tesis

  
Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

  
Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
D E C A N O

## INDICE

|  | PAGINA |
|--|--------|
| I. INTRODUCCION                          | 1      |
| II. DEFINICION DEL PROBLEMA              | 3      |
| III. JUSTIFICACION                       | 5      |
| IV. OBJETIVOS                            | 7      |
| V. REVISION BIBLIOGRAFICA                | 9      |
| VI. METODOLOGIA                          | 29     |
| VII. PRESENTACION DE RESULTADOS          | 35     |
| VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 49     |
| IX. CONCLUSIONES                         | 53     |
| X. RECOMENDACIONES                       | 55     |
| XI. RESUMEN                              | 57     |
| XII. BIBLIOGRAFIA                        | 59     |
| XII. ANEXOS                              | 63     |

## I. INTRODUCCION

Nos encontramos frente a una epidemia mundial de una enfermedad que no tiene solución a corto plazo. Una enfermedad que representa un costo social y económico sin precedentes para las personas, las familias, las comunidades y aún países enteros. Una enfermedad que no solo tiene como medio de propagación el cuerpo sino también la ignorancia humana, el temor y la resistencia al cambio, esa enfermedad es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (8)

El SIDA es llamada la pandemia del siglo XX con una letalidad elevada del 100% pues no tiene curación ni existe vacuna. Constituyendose en una amenaza muy seria para la salud pública actualmente y en un futuro previsible. (26)

Las mujeres al igual que los hombres, necesitan estar informadas y conocer modos más seguros de tener relaciones sexuales. Sin embargo, en muchos lugares jamás llega al conocimiento de las mujeres de las áreas rurales, o aquellas que tienen poco acceso a la educación formal, y si a ello le sumamos el riesgo que tiene con respecto a la transmisión perinatal se hace aún más importante las campañas educativas.

La educación e información son la única estrategia que puede despertar en cada individuo, la percepción que conduce a cambios voluntarios significativos y permanentes de comportamiento. Para este flagelo dichas estrategias son las medidas más eficaces, de bajo costo, que generan un impacto favorable para prevenir su transmisión. Es imperativo por lo consiguiente reconocer las CAPs en relación al SIDA como método eficaz para aprovechar, impulsar y apoyar aquellas estrategias que contribuyen al control y prevención de la infección por el VIH en la población. (10, 19)

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto se realizó el presente estudio en 150 pacientes embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Hospital Nacional de Amatitlán. Evaluando conocimientos, actitudes y prácticas que tiene dicha población con respecto al SIDA. En el presente trabajo se hace una revisión sobre conceptos actuales de VIH SIDA, epidemiología en Guatemala y su diagnóstico en países latinoamericanos y el Caribe. (15)

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El virus del SIDA gradualmente destruye el sistema inmune del cuerpo. La persona infectada, se muestra cada vez más vulnerable ante cualquier tipo de infección, causada por cualquier otro virus, bacteria, hongo o parásito. Estas infecciones oportunistas, no comunes en el ser humano, pueden ocurrir en la piel, los pulmones, el sistema digestivo, el sistema nervioso y el cerebro. Las personas afectadas por el SIDA pueden presentar un período indeterminado de enfermedad. En Guatemala éste oscila entre los dos o tres años posteriores al diagnóstico; sin embargo en países desarrollados puede incrementarse hasta 5 años; condicionado por factores que vienen desde el estado nutricional, hasta determinadas conductas, tales como el uso de (alcohol, tabaquismo, etc.), o bien otro tipo de enfermedades inmunosupresoras, pero que siempre desencadena en la muerte. (24, 26, 30, 31)

Guatemala al igual que el resto de los países del mundo sufre actualmente la pandemia del SIDA a diferencia de los países desarrollados, no cuenta con los recursos económicos suficientes para hacerle frente; existe un programa a nivel nacional que intenta prevenir y controlar la infección por VIH/SIDA. Sin embargo existen grupos como el de la mujer joven, que actualmente está jugando un papel importante para la transmisión por ende la transmisión vertical, ejerciendo consecuentemente un factor de riesgo para el recién nacido.

El grupo etareo más afectado ha sido y continua siendo el comprendido entre los 20 y 30 años; es importante señalar que ésta, es la población económicamente activa. En los países en desarrollo como el nuestro donde más de las dos terceras partes de la población pertenece al grupo materno infantil en edad reproductiva, la transmisión perinatal representa un serio problema, ya que de la madre infectada con VIH, del 30-50% de los niños nacen con SIDA, por lo tanto la expectativa de vida al nacer está decreciendo; en Guatemala ya se han

reportado 6 casos de transmisión vertical en solo 6 meses (dic. 92-jun.1993). (27)

En la actualidad se está proporcionando orientación a la mujer pero dicha intervención no está dirigida a puntos específicos, debido a que no se tiene evidencia de las deficiencias en los conocimientos de este grupo, en lo que respecta a la transmisión por el VIH/SIDA. Este trabajo pretende por lo tanto; enriquecer con evidencia y fundamento epidemiológico la información existente, para así orientar las estrategias del programa nacional y lograr por lo consiguiente un costo/beneficio más productivo de los escasos recursos del programa.



### III. JUSTIFICACION

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es llamada la enfermedad del siglo XX, con una letalidad elevada del 100% pues hasta el momento no tiene curación, ni existe vacuna. En muchos países de América Latina y el Caribe el número de casos de SIDA se duplica cada 6 a 8 meses. (26)

Dado, que al principio de la pandemia en el mundo, el grupo más afectado fué el de los homosexuales; se creía y aún se cree, en nuestro país, que la infección por VIH se presenta exclusivamente en personas de este tipo de conducta; pero, la evidencia epidemiológica hasta junio de 1993 demuestra que el grupo de personas con conducta heterosexual es el más afectado. (15)

La transmisión (madre-feto) ha sido demostrada, un número cada vez mayor de mujeres se está infectando con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), por lo tanto, se puede esperar un número mayor de casos de SIDA en el grupo materno-infantil. (29)

El SIDA es una patología básicamente prevenible, por lo que la educación y orientación en la población de un país en lo relacionado a las consecuencias de la infección por VIH/SIDA es vital para una efectiva estrategia preventiva.

Para tales efectos debe hacerse primero un diagnóstico del nivel de conocimientos, tradiciones, actitudes, prácticas de la población donde se tiene planeado intervenir, por lo consiguiente el presente trabajo pretende en base a datos obtenidos en él, reforzar programas y actividades educativas dirigidas a estos grupos.

#### IV. OBJETIVOS

##### OBJETIVOS GENERALES:

1. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la transmisión del VIH en pacientes embarazadas que asisten a control prenatal en la consulta externa del Hospital Nacional de Amatlán.
2. Contribuir con las investigaciones de: conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs), especialmente en pacientes embarazadas; con el fin de establecer estrategias de prevención más eficaces para este grupo de riesgo.
3. Determinar la influencia de los medios de comunicación que más impacto han tenido como fuente de información sobre las formas de prevención del SIDA en las pacientes embarazadas; y de esta forma reforzar la calidad de las mismas.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar el grupo étareo de las pacientes embarazadas, que asisten a control prenatal al Hospital Nacional de Amatlán, para establecer la relación existente entre conocimientos, actitudes y prácticas.
2. Establecer la relación existente entre conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a su estado civil, alfabetismo y analfabetismo en pacientes embarazadas que asisten a su control prenatal en el Hospital Nacional de Amatlán.
3. Determinar el porcentaje de pacientes que reciben información sobre el SIDA durante su control prenatal.
4. Que este estudio sirva de fuente de información, para la realización de futuras investigaciones.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### EPIDEMIOLOGIA EN GUATEMALA

Hasta el 31 de junio de 1,993 el total de casos de SIDA reportados en nuestro país asciende a 417 casos y 428 pacientes infectador por el VIH "asintomáticos", siendo este el grupo más peligroso para convertirse en transmisores del SIDA. El departamento del país más afectado continua siendo el de Guatemala con 585 casos; seguido de Quetzaltenango con 34 casos; Suchitepequez con 27 casos; Escuintla con 27 casos; sin embargo podemos decir que no existe ningún departamento que por lo menos ya cuente con más de un caso.

En nuestro país el inicio de la epidemia (1984), el 100% de la población afectada fué el grupo de los homosexuales; posteriormente aparecen los hemofilicos, drogadictos, bisexuales y transfundidos; pero a partir de 1,987 se observa un aumento progresivo en el grupo heterosexual, sobrepasando al grupo de los homosexuales en 1,990, prevalenciando hasta 1,992, como principal conducta de riesgo, con un porcentaje de casi el 80%.

Se observa que durante los primeros dos años de la epidemia el 100% de los afectados por VIH fueron de sexo masculino; a finales de 1,992 el 25% de las infecciones por el VIH corresponden al sexo femenino, lo que hace suponer que de seguir el patrón de transmisión, es de esperar que dentro de algunos años el contacto heterosexual, hará que la relación mujer/hombre será de 1:1. (15)

**DEFINICION DE TERMINOS:**

**VIH.** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**SIDA.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**PORTADOR ASINTOMATICO.** Es la persona que ha sido infecta por el VIH y que no presenta signos y síntomas de enfermedad porque esta infección es subclínica; pero, está en potencial riesgo de desarrollar SIDA. Este grupo es el más peligroso de transmitir la infección porque la mayoría de ellos desconocen que la padecen.

**CASO DE SIDA.** Es el caso de una persona que posee el VIH en su organismo y ha desarrollado signos y síntomas que caracterizan a las enfermedades oportunistas asociadas a la infección por el VIH.

**TRANSMISION PERINATAL:** Es la transmisión de la infección de la madre infectada por el VIH hacia el feto que puede ser durante el embarazo, parto, o lactancia materna (no se sabe con exactitud la proporción en esta última).

**EPIDEMIA:** Es el aumento del número de casos de una enfermedad en una población dada; sobrepasando los registros anteriores.

**PANDEMIA:** Es una epidemia que abarca todas las regiones de una población o país.(35)

INFECCION POR EL V.I.H.

Historia del Desarrollo del SIDA; Un importante antecedente lo constituye la creencia de que la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los humanos podría señalarse tan tempranamente como al inicio de la década de los años 50, afirmación basada principalmente en estudios de Genealogía para el virus.

Se ha señalado que las infecciones por el VIH y el SIDA fueron detectadas en Africa Central en los años 70, en gente que solía comer carne y cerebro de mono verde (Cercopithecus Aethiops) crudo, se implica este fenómeno que fue el que hizo viable el paso del VIH del mono verde al ser humano, siendo también lo que aparentemente provocó su mutación de una forma inocua --viviendo en este tipo de mono-- a una forma modificada en humanos muy agresiva e invasiva, productora de infección en primera instancia; y SIDA secundariamente.

Fué en la década de los años 70 que la infección por el VIH comenzo a diseminarse más evidentemente sin ser un reconocido microorganismo de la ciencia médica, pudiendo haber producido para entonces algunas muertes.

Hay una posibilidad para explicar la participación y aparición del VIH en los Estados Unidos de América, el cual parece haber sido importado por los turistas norteamericanos, que lo adquirieron de personas haitianas dedicadas a la prostitución. (35)

Progresión Cronológica de VIH y de SIDA:

AÑO 1,978

- a- Los primeros casos entre haitianos de lo que podría ser SIDA FUERON REPORTADOS.

- b- Cientificos trabajando en Africa encontraron signos y sintomas de una epidemia no identificada, que pertenecian a enfermedades conocidas por la ciencia, pero presentes en formas más dramáticas y virulentas.
- c- En este año ocho casos de SIDA fueron reportados en los Estados Unidos de América.

AÑO 1,979

- a- Un grupo de científicos encontró los primeros casos de personas mostrando evidencia de padecer del complejo relacionado al SIDA (CRS) que es un conjunto de signos y síntomas propios de esta etapa en la que aún no hay amenaza para la vida del paciente.

AÑO 1,980

- a- Los primeros casos de SIDA fueron encontrados en personas de Haití, en Miami, Florida.
- b- Fueron reportados 46 casos de SIDA en los Estados Unidos de América.

AÑO 1,981

- a- La definición de SIDA se dio a conocer en este año.
- b- El SIDA comenzó a manifestarse en forma de epidemia.
- c- 337 casos de SIDA fueron reportados en todo el mundo.

AÑO 1,982-1,983

- a- Marcan claramente el brote epidémico del SIDA.
- b- Autoridades de Salud Pública supieron exactamente cuales eran las vías que el VIH usaba para su contagio.
- c- Fue calculado en los Estados Unidos que el costo por cada caso de SIDA oscilaba entre 50 y 100 mil dólares.
- d- Fueron diagnosticados los primeros casos de Sarcoma de Kaposi en Zimbawe.
- e- A nivel mundial se reportaron 4,100 casos de personas infectadas y con padecimientos de SIDA.
- f- La Organización Mundial de la Salud indicó que el SIDA estaba distribuido en 33 países.

AÑO 1,983-1,984

- a- Se logró aislar el VIH como el agente causante de SIDA por científicos de Estados Unidos y Francia.

- b- El SIDA sigue una progresión con más de 2,000 personas muertas.
- c- A nivel mundial se reportan 7,025 casos de personas con SIDA.

AÑO 1,985

- a- En ese año fue renombrado como VIH, el microorganismo.
- b- 19,000 casos de personas con SIDA fueron reportados en todo el mundo (O.M.S.).
- c- En el mundo una persona podría infectarse con el VIH aproximadamente cada 90 minutos.
- d- En abril de ese año el SIDA FUE OBSERVADO EN TODOS LOS CONTINENTES.

AÑO 1,986-1,987

- a- 28,000 casos de SIDA se reportaron en todo el mundo (OMS)
- b- Más de 13,000 personas murieron de SIDA en ese año.
- c- Se estimó que el número de nuevos casos de personas infectadas por el VIH en el mundo, podría alcanzar los 4 millones; lo que significó un incremento de 2 millones en un año solamente.
- d- Se inicia una campaña masiva de educación al público, para contrarrestar la diseminación de la infección por el VIH en Estados Unidos.

e- 126 países fueron reportados con casos de SIDA.

AÑO 1,988-1989

- a- Se estimó que habría entre 5 y 10 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo.
- b- Se reporta que en los Estados Unidos nacieron entre 1,200 y 1,500 niños infectados por el VIH.
- c- La presencia de SIDA fue reportada en 152 países.

AÑO 1,990-1992

- a- El SIDA habría alcanzado ya 159 países.
- b- Se ha calculado para 1,992 que 3 millones de niños nacerán de madres infectadas por el VIH (OMS). (34, 35)

### EL VIRUS

El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), el virus que causa el SIDA, pertenece a una clase de virus denominada retrovirus. Específicamente el virus T Linfotrópico Humano tipo III virus asociado con linfadenopatía, HTLV-III-LAV (por sus iniciales en inglés). Dicha denominación fue cambiada por un comité de expertos en mayo de 1,986 a virus humano de inmunodeficiencia HIV, como se reconoce en la actualidad.

Como todo virus los retrovirus se reproducen únicamente en las células vivas de una especie que les sirve de huésped. En el caso del HIV ataca los glóbulos blancos encargados de coordinar el sistema de defensa inmunitario del ser humano, llamados linfocitos T4, llegando a causar la destrucción de estas células e inhabilitando el sistema de defensa en el ser humano contra infecciones del organismo humano, específicamente las células de fenotipos T-OKT-4 (ayudantes inductoras) a T-OK8 (supresoras tóxicas).

Lo que distingue a los retrovirus en su método singular de reproducción, en la que interviene una enzima llamada transcriptasa inversa. La transcriptasa inversa deja que el virus copie la información genética de éste de una forma que pueda integrarse el propio código genético de la célula huésped. Cada vez que se divide una célula huésped, se reproducen copia virales junto con más células huésped, cada una de las cuales contiene el código viral.

Una vez que el virus penetra una célula huésped, la infección es permanente. No obstante un retrovirus puede no causar ningún efecto adverso por muchos años, luego en ciertas circunstancias puede que el material genético se active y produzca nuevos virus. Con el HIV, que infecta principalmente ciertas células del sistema inmunológico. Las investigaciones en curso sobre el tratamiento de la infección está centrando la atención en los medicamentos que obstruyen la función de la transcriptasa inversa e impedir que el virus infecte las nuevas células. (17, 18, 21, 22, 26, 29, 30, 31, 35)



Hasta el momento hay dos tipos de HIV, (HIV-1 HIV-2) el HIV-2 también es un retrovirus, pero su estructura es más similar a los virus causantes de la inmunodeficiencia en simios el HIV-2 causa SIDA de la misma forma que el HIV-1. (1)

### **FISIOPATOLOGIA**

El primer paso para la proliferación del virus es su adhesión a la superficie de la célula objetivo, en el caso del HIV los objetivos son células especializadas del sistema inmunitario conocidas como linfocitos T auxiliaoras (T4 o CD 4) y macrofaqos.

La infección y destrucción de estos elementos clave del sistema inmunitario son la causa básica de SIDA. En general el HIV solo puede adherirse a los linfocitos CD4 y a los macrofaqos ya que ambos poseen un receptor apropiado en su superficie, este receptor es la proteína CD4.

Básicamente el retrovirus al atacar a las células T4 produce citólisis y provoca una disminución marcada de éstas, que conlleva a la pérdida de la función de las células efectoras que dependen de las señales emitidas por las células coaduvantes T y se ven afectadas las funciones de las células supresoras, lo que hace la aparición de fenómenos autoinmunes. (2, 4, 12, 26, 35)

### **TRANSMISION**

El VIH sólo puede transmitirse por el contacto sexual en todas sus formas (oral, anal, vaginal) directo, de persona a persona, por la exposición a sangre, productos derivados de la sangre o líquidos corporales contaminados con sangre o leucocitos, y por instrumentos médicos empleados durante la realización de procedimientos invasivos y de madre al niño durante el embarazo o parto. No por contacto casual con un individuo infectado o con SIDA, o por medio de la picadura de insectos. (2, 4, 12, 17, 21, 25, 26, 35)

#### **TRANSMISION SEXUAL**

Durante el acto sexual, el hombre habitualmente transfiere líquidos corporales e intercambio numerosos microorganismos dependiendo del contacto sexual que se trate, los líquidos corporales que transfiere son: semen, secreciones vaginales y cervicales, saliva, moco rectal, orina o heces fecales. Aun cuando el VIH ha sido aislado en todos esos líquidos, solamente se ha demostrado de manera incontrovertible que la sangre, el semen y las secreciones vaginales y cervicales son capaces de transmitir el virus.

La mucosa rectal lacerada, debido a lo delgado del epitelio de la mucosa, permite con facilidad el paso del VIH a los linfocitos presentes en el tejido. Aun cuando no se encuentra dañada la mucosa rectal, puede permitir la entrada al virus debido a que las células de langerhans de su epitelio poseen receptores para el VIH por medio del cual pueden captarlos, almacenarlos y posteriormente liberarlos al interior del organismo.

La mucosa vaginal se encuentra formada por varias capas de células escamosas, que lo hace ideal para poder resistir la fricción mecánica durante el coito, además posee pocas células de langerhans. La mujer joven tiene mayor riesgo de adquirir el VIH debido a que posee una mucosa poco madura.

Durante la menstruación se corre mayor riesgo de infección debido a los cambios que se producen en la mucosa vaginal por la acción hormonal, así como la mayor vascularidad de la misma. (2, 4, 12, 21, 22, 28)

#### **TRANSMISION SANGUINEA**

Es un hecho demostrado que el VIH se transmite a través de la sangre y sus derivados. El periodo de incubación, calculado como el intervalo entre la transfusión y el diagnóstico del SIDA, es en promedio 31 meses en el adulto y 14 meses en el niño. Los hemofílicos poseen un mayor riesgo de adquirir la infección por VIH ya que requieren de 80 a 100 mil unidades de factor VIII al año, lo que significa una gran

exposición a donadores.

Las agujas contaminadas con sangre infectada, constituyen un mecanismo de transmisión de la infección; esto tiene particular importancia en los drogadictos que comparten agujas contaminadas. (1,11, 18, 26)

#### TRANSMISION PERINATAL

La transmisión perinatal del VIH puede ocurrir in utero a través de:

- VIA TRANSPALCENTAL
- AL TIEMPO DEL NACIMIENTO EN QUE HAY UN INTERCAMBIO MATERNO/FETAL.
- DESPUES DEL PARTO A TRAVES DE LA LACTANCIA MATERNA U OTRAS RUTAS POSIBLES.

El diagnóstico de la infección por VIH en los niños es complicado debido a la semejanza de las características clínicas del SIDA en los niños con otras enfermedades endémicas --como las infecciones parasitarias, la diarrea y la desnutrición que son extremadamente comunes en nuestro país-- y por falta de procedimientos diagnósticos confiables para detectar la infección por VIH en los recién nacidos. En todos los niños nacidos de madres infectadas con VIH se les puede detectar anticuerpos al VIH que, consiste en IgG materno transferido pasivamente a través de la placenta, por lo que diagnóstico de infección por VIH en niños solo se puede confirmar hasta el año de nacido.

No se conoce con claridad cual es la contribución de la lactancia a la transmisión perinatal del VIH, aunque se le haya aislado de la leche materna y se hayan declarado casos anecdóticos de transmisión posnatal por esta vía. Es probable sin embargo, que la lactancia represente solo un riesgo incremental pequeño si la transmisión de la madre al niño se compara con la transmisión in Utero. ( 15 )

Se estima de 30 a 50% el riesgo de transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo. (10) (11) (17, 24 )

### MANIFESTACIONES CLINICAS

La definición de " OPS/CARACAS", fue propuesta en el Seminario de Caracas Venezuela en Febrero de 1989, para uso en los Países Latinoamericanos y del Caribe, tomando en cuenta las enfermedades endémicas de la región, y las limitaciones de los países en desarrollo para efectuar exámenes diagnósticos **sofisticados** (radiología, citología, etc.) especialmente en las áreas rurales.

Cuando la suma de los puntos asignados a cada una de las enfermedades, signos y síntomas descritos, es igual o mayor de 6 puntos, se interpreta como diagnóstico clínico de SIDA, el cual DEBE SER CONFIRMADO serológicamente. Además deberán excluirse otras causas de inmunosupresión tales como cáncer, quimioterapia o tratamiento con esteroides. La definición de Caracas abarca tres grupos definidos de enfermedades, signos y síntomas que son:

#### **GRUPO A**

##### **SARCOMA DE KAPOSÍ: (6 puntos)**

Placas o nódulos de color azul oscuro o café violáceo que se localizan generalmente en la porción distal de las extremidades. La coloración es debida a la naturaleza vascular de las lesiones cuya subsecuente extravasación crónica de eritrocitos ocasiona el depósito de hemosiderina subcutánea. Las lesiones generalmente están acompañadas, y a veces precedidas por linfedema crónico.

En un principio, puede ser una proliferación múltiple autóctona y reactiva de las células linforreticulares y endoteliales más bien que una neoplasia, que posteriormente se manifiesta en una franca y agresiva transformación sarcomatosa, siendo ésta la forma comúnmente observada en pacientes con SIDA. El diagnóstico definitivo es eminentemente histopatológico. Confirmativo de SIDA si es redundante y hay serología positiva.

**TUBERCULOSIS (6 puntos):**

Agente causal: Mycobacterium Tuberculosis y Mycobacterium Bovis.

**Diseminada:**

Sucede cuando los bacilos tuberculosos a través de la circulación general, llegan a sitios distantes para formar, focos metastásicos de infección. Da como sintomatología, fiebre y síntomas leves. Generalmente se localizan en sitios con elevada tensión tisular de oxígeno. (ver tuberculosis extrapulmonar).

**Pulmonar no Cavitaria:**

Puede seguir a la infección inicial directamente o después de un período corto o leve de latencia. Sus principales características:

- 1) Falta de exposición reciente a un caso de Tuberculosis.
- 2) Tendencia a la Cronicidad y cavitación.
- 3) Producción de tejido fibroso.

Sintomatología: Fiebre hasta de 40° C., malestar general, irritabilidad, depresión y fatiga al final del día, sudor nocturno y pérdida de peso, asociados frecuentemente a síntomas abdominales. Cefalalgia vespertina ocasional, amenorrea en su estado avanzado, tos considerada como "de fumador" es frecuente y a veces de acompaña de hemoptisis.

Puede ser de comienzo súbito, con fiebre tos productiva o dolor pleurítico, sugestivos de neumonía bacteriana.

**Extrapulmonar:**

Encontrada en diferentes órganos tales como:

1. **Ganglios linfáticos hilares:** Muestran crecimiento moderado ó brusco que puede causar obstrucción y ulceración de un bronquio importante. La adenitis cervical o escrófula puede ser tardía, los ganglios son grandes y confluentes en una masa dura con un área blanda de fluctuación.
2. **Riñón:** Órgano más frecuentemente afectado después de los lóbulos pulmonares superiores en la infección tardía.

La sintomatología aparece cuando hay manifestación de cistitis o epididimitis. Hematuria y piuria macroscópica o microscópica con orina "estéril" en cultivo ordinario, deben hacer pensar en tuberculosis.

3. Genitales masculinos: Infección secundaria a la renal, puede abarcar próstata, epidídimo y vesículas seminales; se manifiesta con dolor escrotal.
4. Genitales femeninos: El Mycobacterium por vía hematógena llega a las trompas de Falopio, luego al endometrio (endometritis), o peritoneo (peritonitis). Sus manifestaciones son: Secreción vaginal blanca, dolor abdominal, metromenorraquia, dispareunia y esterilidad. La cicatrización tubaria puede dar lugar a embarazo ectópico.
5. Osea: Es más frecuente en los niños, debido a la elevada presión de oxígeno coexistente con la vascularización en las epifisis durante el crecimiento. Se hace evidente cuando afecta la articulación adyacente (cadera, rodilla, muñeca o codo), causando la inflamación y edema subsecuentes. La espondilitis tuberculosa (mal de Pott), se presenta en la infancia o en edad avanzada, puede haber dolor localizado en la espalda durante muchos meses antes de haber evidencia radiológica, ésta se manifiesta primeramente por destrucción y estrechamiento del disco intervertebral, después destrucción del cuerpo. Un absceso paravertebral puede verse como una densidad fusiforme extendida a lo largo de varias vértebras, que en ocasiones disecciona hasta el área inguinal.
6. Peritoneo: Se manifiesta por aumento de la circunferencia abdominal, fiebre, sudores nocturnos, debilidad, diarrea y dolor abdominal. Pensar en TB. siempre que el líquido ascítico contenga más de 3 gm de proteína por 100ml. y DHL elevada.
7. Pericardio: Se manifiesta por derrame pericárdico crónico, con hepatomegalia, edema, frote pericárdico, cardiomegalia durante la fase activa y constricción

durante la fase de fibrosis, generalmente se acompaña de fiebre vespertina o sudoración nocturna y reacción positiva a la tuberculina.

8. Suprarrenales: Generalmente son destruidas por el proceso tuberculoso, dando lugar a deficiencia corticosuprarrenal. Debe diferenciarse de la Enfermedad de Addison y la histoplasmosis.

9. Meninges: Pueden ser afectadas como parte de la TB. miliar o bien, a partir de un foco de infección dentro del cerebro. Los síntomas son, cefalalgia, inquietud e irritabilidad, acompañadas por fiebre, malestar, sudoración nocturna y pérdida de peso. Náusea y vómitos también son relevantes. Generalmente existe rigidez de nuca y signo de Brudzinski. La punción lumbar revela aumento de la presión, con líquido claro (proteínas aumentadas y glucosa reducida). (16)

**Confirmativo de SIDA si hay serología positiva.**

## **GRUPO B**

### **CANDIDIASIS (3 puntos):**

Agentes causales: La más común es *Cándida Albicans*, pero también se pueden encontrar, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. quilliermondii*, *C. krusei*.

Por ser comensal, esta asociada a inmunodeficiencia, especialmente la mucocutánea. Clínicamente se presenta en forma de placas blancas adherentes bien delimitadas de la mucosa oral o faríngea; generalmente son lesiones indolorosas, **excepto cuando se localizan en los ángulos de la boca.**

La candidiasis mucocutánea crónica (granuloma por *Cándida*), presenta lesiones cutáneas hiperqueratósicas circunscritas, uñas distróficas, alopecia parcial y algodoncillo tanto bucal como vaginal. La epidermofitosis crónica, displasia dental e hipofunción de la paratiroides, suprarrenales o tiroides, están más asociadas a deficiencia de las células T.

En el esófago y aparato G.I. pueden presentarse múltiples pequeñas ulceraciones, las esofágicas generalmente causan disfaquia y dolor retroesternal.

La diseminación hematógena se presenta con fiebre y toxicidad, pero con pocos signos de localización, abscesos retinianos pueden extenderse lentamente al humor vítreo, que se manifiesta por dolor en la órbita, visión borrosa, escotoma u opacidades que flotan a través del campo visual. Las manifestaciones focales de la enfermedad diseminada comprenden: Osteomielitis, lesiones pustulosas de la piel, miositis y absceso cerebral.

La candidiasis pulmonar es casi siempre hematógena y resulta visible en la radiografía de tórax sólo cuando los abscesos son numerosos causando un infiltrado nodular difuso.

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Tuberculosis pulmonar cavitaria), o síntomas (Ej. fiebre por más de un mes y astenia por más de un mes), para ser sospechosa de SIDA y debe ser confirmada con serología.

#### TUBERCULOSIS PULMONAR CON CAVITACION O INESPECIFICA (3 puntos):

Caracterizada por extensa necrosis tisular y licuefacción del tejido pulmonar, dando como resultado la formación de una cavidad donde abundan los bacilos tuberculosos.

Sus manifestaciones clínicas son:

Hemoptisis, que puede ser masiva poniendo en peligro la vida del paciente.

Pleuresia con o sin derrame, producida por una lesión tuberculosa superficial que afecta la pleura que la recubre. Se manifiesta por dolor pleurítico localizado a la inspiración profunda, o bien un foco pulmonar caseoso que puede erosionar la pleura visceral y expulsar líquido caseoso. En adultos jóvenes (15-35 a), como respuesta y a consecuencia de la reacción inflamatoria, se puede producir derrame pleural con



líquido amarillo pálido, con características hiperproteicas (3g/100ml, DHL elevada y un Ph. 7.20.).

Es importante diferenciar las micosis pulmonares de la tuberculosis pulmonar, mediante pruebas serológicas cutáneas específicas para la coccidioidomicosis, histoplasmosis y aspergilosis. Blastomicosis, mucormicosis, criptocosis y esporotricosis, se diagnostican mediante biopsia o cultivo.

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Herpes Zoster en menores de 60 años), o síntomas (Ej. pérdida de más del 10% del peso corporal sin causa aparente y astenia por más de un mes), para ser sospechosa de SIDA y debe ser confirmada con serología.

#### HERPES ZOSTER (3 puntos):

Es una enfermedad de las fibras nerviosas de la piel; afecta a los nervios torácicos (55%), cervicales (20%), lumbares y sacros (15%), además se clasifica la división oftálmica del nervio trigémino. Las manifestaciones clínicas, fiebre y dolor localizados en las áreas que inerva el nervio afectado pueden aparecer cuatro a cinco días antes de la erupción cutánea. Esta lesión comienza con enrojecimiento localizado seguido por la aparición de pápulas rojas que se hacen vesículas y pústulas durante las siguientes 2 semanas y terminan en costras semejando la evolución de las pústulas individuales que acompañada a la varicela.

La distribución de la lesión es unilateral y característica en forma de banda, los grupos de vesículas siguen las líneas radicales, corriendo en sentido transversal a lo largo de un hemitórax o vertical a lo largo del brazo o la pierna.

Si está afectado un nervio craneal individual se producen los siguientes síntomas:

Ganglio del trigémino (de Gasser); hay dolor a lo largo de este nervio, cefalalgia y debilidad de los músculos del párpado.

Ganglio geniculado; se presenta parálisis de Bell, trastornos en la audición y vértigo, lesiones herpéticas unilaterales en el oído externo y el conducto así como la porción anterior de la lengua.

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Tuberculosis pulmonar cavitaria), o síntomas (Ej. pérdida de más del 10% del peso corporal sin causa aparente y anomalías hematológicas), para ser sospechosa de SIDA y confirmarse con serología. (35)

#### DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (3 puntos):

Los siguientes síntomas y signos son característicos de la persona con disfunción del sistema nervioso central asociado a la presencia del VIH en el organismo y sugieren su investigación mediante prueba serológica.

- \* - Confusión mental (Ejemplo: Desorientación en tiempo y espacio).
- \* - Demencia.
- \* - Nivel de conciencia disminuido (ejemplo: Estupor o coma).
- \* - Convulsiones.
- \* - Meningitis o encefalitis (viral o criptocócica).
- \* - Exámenes cerebrales anormales (por ejemplo inhabilidad para tamborilear el dedo índice a una velocidad igual o menor de veinte veces en cinco segundos).

Debe estar asociada a otra enfermedad incluida en la definición (Ej. Tuberculosis pulmonar cavitaria), o síntomas (Ej. pérdida de más del 10% del peso corporal sin causa aparente y anomalías hematológicas), para ser sospechosa de SIDA y confirmarse con serología. (16)

#### GRUPO C

En este grupo están comprendidos una serie de signos y síntomas comúnmente observados en nuestros países pero que también pueden estar relacionados con la presencia del VIH en los pacientes que los presentan. Por esta razón y para evitar falsos diagnósticos positivos basados únicamente en ellos, se

les asignan solamente 2 puntos a cada uno:

- \* - Diarrea presente por más de un mes (2 puntos).
- \* - Fiebre presente durante un mes o más (2 puntos).
- \* - Caquexia o disminución del 10% del peso normal (2 puntos).
- \* - Astenia (pérdida de fuerza) durante un mes o más (2 puntos).
- \* - Dermatitis persistente (2 puntos).
- \* - Anormalidades hematológicas (2 puntos), en una o más de las siguientes:
  - a- Anemia:
    - Hematrocito 30% en hombres, 25% en mujeres.
    - Hemoglobina 11g en hombres y 10g. en mujeres.
  - b- Linfopenia absoluta: Recuento leucocitario menor de 1000 células por milímetro cúbico.
  - c- Trombocitopenia: Recuento plaquetario menor de 100,000 por milímetro cúbico.
- \* - Infiltrados pulmonares intersticiales difusos o bilaterales (2 puntos).
- \* - Tos persistente (2 puntos).

La unión de tres o más de las anteriores manifestaciones clínicas orientan a la confirmación serológica del VIH; pueden además estar asociadas a otras enfermedades incluidas en la definición.

Es importante el conocimiento y manejo de los términos descritos en ésta definición para ajustar nuestro conocimiento epidemiológico del VIH/SIDA a la realidad de la morbilidad presente en cada país y poder traducir ese ajuste, en medidas de prevención control y seguimiento de mayor eficacia a nivel nacional. (16)

### Diagnóstico SEROLOGICO

Depende de la detección de anticuerpos específicos contra el VIH (en cultivos de especímenes clínicos) o de la detección de material genético en las células infectadas.

1. **Detección de Anticuerpos:** Está basado en la observación del desarrollo de anticuerpos específicos de personas infectadas por el HIV, que pueden ser detectados en las primeras semanas o meses (periodo de ventana) estos anticuerpos persisten durante la infección latente que puede durar de 5-10 años y la progresión al desarrollo del SIDA, y en los casos terminales estos disminuyen. La especificidad y sensibilidad de los diferentes Kits disponibles oscila entre 93% y 99%. Entre los principales están: Retroccel, Serodia, Elisa y el Western Blot.
2. **Detección de Antígeno:** Existe un periodo llamado de Ventana en el cual la persona infectada no ha desarrollado anticuerpos contra el HIV y que dura entre seis semanas y tres meses, tiempo en el que es posible la detección del antígeno p24 en suero, plasma o líquido, empleando el método de Elisa.
3. **Cultivo de Virus:** El virus fue identificado inicialmente en cultivos celulares por microscopía electrónica; en la actualidad se detecta indirectamente a través del ensayo de la actividad de la transcriptasa inversa en sobrenadante de cultivos celulares. (9, 18, 19)

### DETECCION DE MATERIAL GENETICO:

Una alternativa reciente empleada en la detección del VIH en paciente con cultivos negativos es la hibridación molecular.

Utilizando ADN y células mononucleares no linfoides proveniente de la sangre periférica. La proteína C reactiva

se utiliza en la técnica de la ampliación genética para detectar los antígenos virales de HIV.

Otros hallazgos de laboratorio que aparecen en forma temprana incluyen: anemia, linfopenia, hipocolesterolemia y serología positiva para sífilis. (19)

**TRATAMIENTO:**

Se desconoce droga que cure o la vacuna que prevenga.

Hasta la FECHA NO SE HA DESCUBIERTO NINGUN TRATAMIENTO EFICAZ contra la infección por el virus.

Los esfuerzos encaminados a la elaboración de una vacuna han resultado insatisfactorios y se ha debido fundamentalmente a:

- a) La naturaleza del virus: evasivo, cambia constantemente su composición proteica externa y gran capacidad para incorporar sus genes dentro del material genético del hospedero.
- b) La falta de un modelo animal de la enfermedad que permita las investigaciones de laboratorios de diferentes estrategias de vacunación.
- c) Las dificultades para llevar a cabo las pruebas clínicas por el prolongado período de incubación que presenta la infección.,

El tratamiento consiste en medicamentos para las enfermedades oportunistas o los procesos malignos que se presentan, se ha intentado restaurar el sistema inmunitario por diversos procedimientos; como: trasplantes de médula ósea o administración de potenciadores del sistema inmunitario como interleukina, interferon gama y hormonas químicas además de diversas sustancias sintéticas.

Hasta hoy día el tratamiento con mayor probabilidad de éxito sería que combine la administración de productos antiviricos con potenciadores de la inmunidad administrándose

en una fase temprana del síndrome.

La búsqueda de una vacuna pese a la falta de respuesta inmunológica AL VIRUS por parte de la persona infectada algunos autores señalan haber observado indicios de inmunorreacción, y se está tratando de descubrir que parte de virus puede ser responsable de esos indicios y si se puede aislar y potenciarse. Se está utilizando tecnología nueva y de producirse la vacuna habrá de ser sometida a una rigurosa y prolongada evaluación y a pruebas de inocuidad antes de que pueda salir al mercado. En todo caso la vacuna serviría para proteger a la población de la infección primaria pero no podrá evitar o mitigar los efectos clínicos en las personas ya infectadas. (2, 3, 6, 7, 18, 19)

Existen en el mercado medicamentos que obstruyen el paso de una o más etapas esenciales para la proliferación del virus entre estos medicamentos están:

AZIDOTIMIDINA (AZT)

DIDEOXICITIDINA (DDC)

DIDEOXINOSINA (DDI)

El mejor tratamiento continúa siendo la prevención a través de más y mejor campaña de educación dirigida a los grupos de riesgo y población en general. (14, 26, 33, 34)

## VI. METODOLOGIA

- A. Tipo de estudio  
El presente trabajo es descriptivo observacional.
- B. Selección del Sujeto de Estudio  
El sujeto de estudio fueron las pacientes embarazadas que asistieron a su control prenatal a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán, en el mes de septiembre de 1993 y que voluntariamente participaron.
- C. Tamaño de la muestra  
Se tomó una muestra de 150 pacientes, estimándose la misma por tenerse un número variable en la población materna.
- D. Criterios de inclusión y exclusión
1. Inclusión
    - a. Pacientes embarazadas comprendidas entre las edades de 15 a 44 años de edad que asistieron a control prenatal a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán.
  2. Exclusión
    - a. Pacientes menores de 14 años y mayores de 44 años.
- E. Hipótesis  
Por ser de tipo descriptivo-observacional el estudio no se plantea hipótesis.
- F. Variables a Estudiar
- a. Conocimientos:  
Definición conceptual: los elementos subjetivos que se generan en la colectividad y su firme conformidad y asentamiento con alguna cosa o hecho, lo que una persona da por cierto, pero no comprobado bajo el rigor científico. (11,19).  
Definición operacional: de acuerdo a los significados constituidos por la información y/o desinformación que la población posee, analizable en su

discurso (oral o escrito) y que no se puede categorizar como conocimiento científico.

Escala de Medición: Las preguntas de la 1 a la 7 evalúan conocimientos, correspondiéndole a cada una un valor de 0.35 puntos, en total 35 puntos que es el 100%, valoradas de acuerdo a la siguiente escala, (utilizada en estudios anteriores) dependiendo del número de preguntas con respuesta correcta.

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. Excelente  | 76 a 100 puntos |
| 2. Bueno      | 51 a 75 puntos  |
| 3. Regular    | 26 a 50 puntos  |
| 4. Deficiente | 0 a 25 puntos   |

b. Actitud

Definición Conceptual: el significativo se constituye concatenándose los significados con los propios fantasmas del sujeto (expresados en las prácticas).

Definición Operacional: las reacciones afectivas (positivas o negativas) en relación al SIDA.

Escala de Medición: Se evaluaron las preguntas de la 8 a la 13, cada una con un valor de 0.30 puntos, en total 30 puntos que es el 100%, valoradas en la escala anterior, dependiendo del número de preguntas con respuesta positiva (cuando el encuestado expuso elementos de comprensión, apoyo, búsqueda de ayuda, preocupación, ir al médico, y luchar contra la epidemia); la escala que le correspondía; y negativa, rechazo, indiferencia o no sabe, calificadas en la misma escala, de acuerdo al número de preguntas.

c. Prácticas

Definición conceptual: momento del proceso fenoménico que se concretiza en acción.

Definición operacional: las actividades categorizadas en negativas, nocivas al bienestar del



hombre, positivas que favorecen el bienestar del hombre (cuantificándolas en información escrita).

Escala de Medición: evaluadas las preguntas de la 14 a la 20, utilizando la escala anterior, de acuerdo al número de preguntas con respuesta correcta.

d. Edad:

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha. En años cumplidos. (19)

Definición operacional: respuesta a pregunta directa.

Escala de medición: años cumplidos distribuidos en grupos etareos: 15 a 19 años, 20 a 24 años, 25 a 29 años, 30 a 34 años, 35 a 39 años, 40 a 44 años.

e. Estado Civil

Definición conceptual: condición en la que se encuentra determinado sujeto con respecto a su libertad de elección marital.

Definición operacional: respuesta a pregunta directa.

Escala de medición: soltera, casada, unida.

f. Alfabetismo y analfabetismo

Definición conceptual: se considera una persona alfabetada la que sabe leer y escribir, analfabetada a la persona que no sabe leer y escribir.

Definición operacional: respuesta a pregunta directa.

**Escala de medición: alfabetada, analfabetada.**

VARIABLES A ESTUDIAR DE ACUERDO AL ANEXO 1.

1. Conocimientos sobre SIDA.

1.1 Cómo se transmite

1.2 Quiénes se contaminan

1.3 A quién acudiría.

2. Actitudes y mitos sobre SIDA

3. Formas de prevención del SIDA
  4. Influencia de los medios de comunicación
  5. Fuentes de información sobre prevención del SIDA.
- G. Recursos:
1. Humanos
    - a. Población objeto de estudio
    - b. Autor del estudio
    - c. Colaborador estadístico
  2. Materiales
    - a. Instalaciones del Hospital Nacional de Amatitlán, área de consulta externa de maternidad.
    - b. Boletas estructuradas para recabar información (ver anexo 1).
    - c. Mobiliario y equipo de escritorio
    - d. Calculadora
  3. Económicos:

Costo a cuenta del investigador.

#### H. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Se considera que el presente estudio dará a conocer conocimientos básicos para un programa de prevención del SIDA en las áreas de control prenatal, no sólo en el establecimiento de estudio; sino a nivel nacional, la investigación se realizó por medio de un cuestionario en forma individual, confidencial y voluntaria.

#### I. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

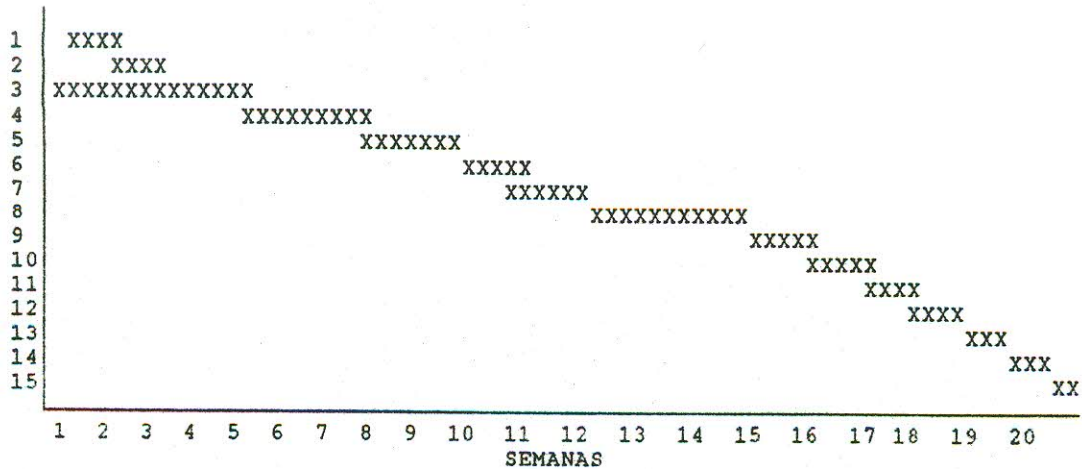
El estudio se realizó en 150 mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal en el área de maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán, durante el mes de septiembre de 1993; el instrumento a utilizar para dicha recolección de datos fue un cuestionario básico y sencillo sobre el tema investigado.

La recopilación de datos estuvo a cargo del propio investigador con previa autorización de la Dirección del Hospital y de la respectiva área a estudiar, terminada la recolección de datos se procedió a realizar la tabulación de los mismos, con los cuadros estadísticos correspondientes y el informe final respectivo.

### J. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

#### GRAFICA DE GANTT

##### ACTIVIDADES



##### ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del asesor y revisor
3. Recopilación de material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital o Institución en donde se efectuará el estudio
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información
8. Ejecución del trabajo de campo
9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas
10. **Análisis y discusión de resultados**
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
12. Presentación del informe final para correcciones
13. Aprobación del informe final
14. Impresión del informe final y trámite administrativo
15. Examen público de defensa de la tesis.

**VII. PRESENTACION DE RESULTADOS**

CUADRO No. 1

Distribución de Acuerdo a Grupo Etareo de las Pacientes  
Embarazadas que Asistieron a su Control Prenatal  
al Hospital Nacional de Amatitlán  
en Septiembre de 1993

| GRUPO ETAREO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| 15-19 a.     | 21         | 14         |
| 20-24 a.     | 37         | 24.67      |
| 25-29 a.     | 32         | 21.33      |
| 30-34 a.     | 29         | 19.33      |
| 35-39 a.     | 21         | 14         |
| 40-44 a.     | 10         | 6.67       |
| TOTAL        | 150        | 100%       |

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ANEXO No. 1)

CUADRO No. 2

Conocimientos sobre SIDA de acuerdo al Grupo Etareo, de las **Pacientes Embarazadas que Asistieron a su control Prenatal** al Hospital Nacional de Amatitlán, en septiembre de 1993

| GRUPO<br>ETAREO | CONOCIMIENTOS |       |       |      |         |      |            |      |       |       |
|-----------------|---------------|-------|-------|------|---------|------|------------|------|-------|-------|
|                 | * EXCELENTE   |       | BUENO |      | REGULAR |      | DEFICIENTE |      | TOTAL |       |
|                 | F             | %     | F     | %    | F       | %    | F          | %    | F     | %     |
| 15-19 a.        | 5             | 3.33  | 14    | 9.33 | 0       | 0    | 2          | 1.33 | 21    | 14    |
| 20-24 a.        | 12            | 8     | 21    | 14   | 3       | 2    | 1          | 0.67 | 37    | 24.67 |
| 25-29 a.        | 18            | 12    | 12    | 8    | 0       | 0    | 2          | 1.33 | 32    | 21.33 |
| 30-34 a.        | 2             | 1.33  | 24    | 16   | 1       | 0.67 | 2          | 1.33 | 29    | 19.33 |
| 35-39 a.        | 5             | 3.33  | 14    | 9.33 | 1       | 0.67 | 1          | 0.67 | 21    | 14    |
| 40-44 a.        | 1             | 0.67  | 8     | 5.33 | 1       | 0.67 | 0          | 0    | 10    | 6.67  |
| TOTAL           | 43            | 28.67 | 93    | 62   | 6       | 4    | 8          | 5.33 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Anexo No. 1)

(\*Ver metodología)

CUADRO No. 3

Actitudes respecto al SIDA de acuerdo al Grupo Etareo de las  
Pacientes embarazadas que Asistieron a Control Prenatal al  
Hospital Nacional de Amatitlán en septiembre de 1993

| GRUPO<br>ETAREO | ACTITUDES  |      |       |       |         |      |            |       |       |       |
|-----------------|------------|------|-------|-------|---------|------|------------|-------|-------|-------|
|                 | *EXCELENTE |      | BUENO |       | REGULAR |      | DEFICIENTE |       | TOTAL |       |
|                 | F          | %    | F     | %     | F       | %    | F          | %     | F     | %     |
| 15-19 a.        | 0          | 0    | 8     | 5.33  | 8       | 5.33 | 5          | 3.33  | 21    | 14    |
| 20-24 a.        | 5          | 3.33 | 21    | 14    | 8       | 5.33 | 3          | 2     | 37    | 24.67 |
| 25-29 a.        | 6          | 4    | 14    | 9.33  | 8       | 5.33 | 4          | 2.67  | 32    | 21.33 |
| 30-34 a.        | 3          | 2    | 11    | 7.33  | 12      | 8    | 3          | 2     | 29    | 19.33 |
| 35-39 a.        | 1          | 0.67 | 8     | 5.33  | 9       | 6    | 3          | 2     | 21    | 14    |
| 40-44 a.        | 0          | 0    | 0     | 0     | 9       | 6    | 1          | 0.67  | 10    | 6.67  |
| TOTAL           | 15         | 10   | 62    | 41.33 | 54      | 36   | 19         | 12.67 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Anexo No. 1)

(\*Ver metodología)

CUADRO No. 4

Prácticas respecto al SIDA de acuerdo al Grupo Etareo de las  
**Pacientes Embarazadas que Asistieron a Control Prenatal al**  
 Hospital Nacional de Amatlán en septiembre de 1993

| GRUPO<br>ETAREO | PRACTICAS  |       |       |       |         |       |            |      |       |       |
|-----------------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|------------|------|-------|-------|
|                 | #EXCELENTE |       | BUENO |       | REGULAR |       | DEFICIENTE |      | TOTAL |       |
|                 | F          | %     | F     | %     | F       | %     | F          | %    | F     | %     |
| 15-19 a.        | 6          | 4     | 9     | 6     | 5       | 3.33  | 1          | 0.67 | 21    | 14    |
| 20-24 a.        | 13         | 8.67  | 15    | 10    | 9       | 6     | 0          | 0    | 37    | 24.67 |
| 25-29 a.        | 10         | 6.67  | 14    | 9.33  | 7       | 4.67  | 1          | 0.67 | 32    | 21.33 |
| 30-34 a.        | 14         | 9.33  | 9     | 6     | 6       | 4     | 1          | 0.67 | 29    | 19.33 |
| 35-39 a.        | 5          | 3.33  | 10    | 6.67  | 1       | 0.67  | 4          | 2.67 | 21    | 14    |
| 40-44 a.        | 1          | 0.67  | 7     | 4.67  | 1       | 0.67  | 1          | 0.67 | 10    | 6.67  |
| TOTAL           | 49         | 32.67 | 64    | 42.67 | 29      | 19.33 | 8          | 5.33 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Anexo No. 1)

(Ver metodología)



CUADRO No. 5

Conocimientos sobre SIDA de acuerdo al Estado Civil de las  
Pacientes Embarazadas que Asistieron a su control Prenatal  
al Hospital Nacional de Amatitlán en septiembre de 1993

| ESTADO CIVIL | CONOCIMIENTOS |       |       |       |         |      |            |      |       |       |
|--------------|---------------|-------|-------|-------|---------|------|------------|------|-------|-------|
|              | *EXCELENTE    |       | BUENO |       | REGULAR |      | DEFICIENTE |      | TOTAL |       |
|              | F             | %     | F     | %     | F       | %    | F          | %    | F     | %     |
| Casadas      | 12            | 14.67 | 36    | 24    | 1       | 0.67 | 0          | 0    | 59    | 39.33 |
| Unida        | 17            | 11.33 | 50    | 33.33 | 3       | 2    | 6          | 4    | 76    | 50.67 |
| Soltera      | 4             | 2.67  | 7     | 4.67  | 2       | 1.33 | 2          | 1.33 | 15    | 10    |
| TOTAL        | 43            | 28.67 | 93    | 62    | 6       | 4    | 8          | 5.33 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de recolección de datos. (Anexo No. 1)

(\*) Ver metodología

CUADRO No. 6

Actitudes sobre SIDA de acuerdo al Estado Civil de las  
Pacientes Embarazadas que Asistieron a su control Prenatal  
al Hospital Nacional de Amatlán en septiembre de 1993

| ESTADO<br>CIVIL | CONOCIMIENTOS |      |       |       |         |       |            |       |       |       |
|-----------------|---------------|------|-------|-------|---------|-------|------------|-------|-------|-------|
|                 | *EXCELENTE    |      | BUENO |       | REGULAR |       | DEFICIENTE |       | TOTAL |       |
|                 | F             | %    | F     | %     | F       | %     | F          | %     | F     | %     |
| Casada          | 11            | 7.33 | 30    | 20    | 14      | 9.33  | 4          | 2.67  | 59    | 39.33 |
| Unida           | 4             | 2.67 | 30    | 20    | 29      | 19.33 | 13         | 8.67  | 76    | 50.67 |
| Soltera         | 0             | 0    | 2     | 1.33  | 11      | 7.33  | 2          | 1.33  | 15    | 10    |
| TOTAL           | 15            | 10   | 62    | 41.33 | 54      | 36    | 19         | 12.67 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de recolección de datos. (Anexo No. 1)

(\* Ver metodología)

CUADRO No. 7

Prácticas sobre SIDA de acuerdo al Estado Civil de las  
Pacientes Embarazadas que Asistieron a su control Prenatal  
al Hospital Nacional de Amatlán en septiembre de 1993

| ESTADO<br>CIVIL | CONOCIMIENTOS |       |       |       |         |       |            |      |       |       |
|-----------------|---------------|-------|-------|-------|---------|-------|------------|------|-------|-------|
|                 | *EXCELENTE    |       | BUENO |       | REGULAR |       | DEFICIENTE |      | TOTAL |       |
|                 | F             | %     | F     | %     | F       | %     | F          | %    | F     | %     |
| Casada          | 24            | 16    | 24    | 16    | 8       | 5.33  | 1          | 0.67 | 59    | 39.33 |
| Unida           | 22            | 14.67 | 32    | 21.33 | 17      | 11.33 | 5          | 3.33 | 76    | 50.67 |
| Soltera         | 3             | 2     | 6     | 4     | 4       | 2.67  | 2          | 1.33 | 15    | 10    |
| TOTAL           | 49            | 32.67 | 64    | 42.67 | 29      | 19.33 | 8          | 5.33 | 150   | 100   |

FUENTE: Boleta de recolección de datos. (Anexo No. 1)

(+ Ver metodología)

CUADRO No. 8

Conocimientos sobre SIDA de acuerdo al Alfabetismo y  
**Analfabetismo de las Pacientes Embarazadas que**  
 Asistieron a Control Prenatal al Hospital  
 Nacional de Amatitlán en septiembre de 1993

| Alfabetismo/<br>Analfabetis-<br>mo | CONOCIMIENTOS |       |       |    |         |      |            |      |       |       |
|------------------------------------|---------------|-------|-------|----|---------|------|------------|------|-------|-------|
|                                    | EXCELENTE     |       | BUENO |    | REGULAR |      | DEFICIENTE |      | TOTAL |       |
|                                    | F             | %     | F     | %  | F       | %    | F          | %    | F     | %     |
| Alfabetas                          | 42            | 28    | 75    | 50 | 4       | 2.67 | 0          | 0    | 121   | 80.67 |
| Analfabetas                        | 1             | 0.67  | 18    | 12 | 2       | 1.33 | 8          | 5.33 | 29    | 19.33 |
| TOTAL                              | 43            | 28.67 | 93    | 62 | 6       | 4    | 8          | 5.33 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Anexo No. 1)

(<sup>2</sup> Ver metodología)

CUADRO No. 9

Actitudes sobre SIDA de acuerdo al Alfabetismo y Analfabetismo de las Pacientes Embarazadas que Asistieron a Control Prenatal al Hospital Nacional de Amatitlán en septiembre de 1993

| Alfabetismo/<br>Analfabetis-<br>mo | ACTITUDES   |      |       |       |         |       |            |       |       |       |
|------------------------------------|-------------|------|-------|-------|---------|-------|------------|-------|-------|-------|
|                                    | * EXCELENTE |      | BUENO |       | REGULAR |       | DEFICIENTE |       | TOTAL |       |
|                                    | F           | %    | F     | %     | F       | %     | F          | %     | F     | %     |
| Alfabetas                          | 14          | 9.33 | 59    | 39.33 | 41      | 27.33 | 7          | 4.67  | 121   | 80.67 |
| Analfabetas                        | 1           | 0.67 | 3     | 2     | 13      | 8.67  | 12         | 8     | 29    | 19.33 |
| TOTAL                              | 15          | 10   | 62    | 41.33 | 54      | 36    | 19         | 12.67 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Anexo No. 1)

(\* Ver metodología)

CUADRO No. 10

Prácticas sobre SIDA de acuerdo al Alfabetismo y Analfabetismo de las Pacientes Embarazadas que Asistieron a Control Prenatal al Hospital Nacional de Amatlán en septiembre de 1993

| Alfabetismo/<br>Analfabetis-<br>mo | PRÁCTICAS   |       |       |       |         |       |            |      |       |       |
|------------------------------------|-------------|-------|-------|-------|---------|-------|------------|------|-------|-------|
|                                    | * EXCELENTE |       | BUENO |       | REGULAR |       | DEFICIENTE |      | TOTAL |       |
|                                    | F           | %     | F     | %     | F       | %     | F          | %    | F     | %     |
| Alfabetas                          | 46          | 30.67 | 54    | 36    | 21      | 14    | 0          | 0    | 121   | 80.67 |
| Analfabetas                        | 3           | 2     | 10    | 6.67  | 8       | 5.33  | 8          | 5.33 | 29    | 19.33 |
| TOTAL                              | 49          | 32.67 | 64    | 42.67 | 29      | 19.33 | 8          | 5.33 | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Anexo No. 1)

(\* ver metodología)

CUADRO No. 11

Distribución de Conocimientos, Actitudes y Prácticas  
sobre SIDA de las Pacientes Embarazadas que Asistieron  
a su control Prenatal al Hospital Nacional de Amatitlán  
en septiembre de 1993

| Calificación | Conocimientos |       | Actitudes |       | Prácticas |       | TOTAL |       |
|--------------|---------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
|              | F             | %     | F         | %     | F         | %     | F     | %     |
| Excelente    | 43            | 28.67 | 15        | 10    | 49        | 32.67 | 45    | 30    |
| Buena        | 93            | 62    | 62        | 41.33 | 64        | 42.67 | 88    | 58.66 |
| Regular      | 6             | 4     | 54        | 36    | 29        | 19.33 | 10    | 6.67  |
| Deficiente   | 8             | 5.33  | 19        | 12.67 | 8         | 5.33  | 7     | 4.67  |
| Total        | 150           | 100%  | 150       | 100%  | 150       | 100%  | 150   | 100%  |

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Anexo No. 1)

(<sup>o</sup> ver metodología)

CUADRO No. 12

Distribución de los Medios de Comunicación y su Influencia sobre la Prevención del SIDA, según Informaron las Pacientes Embarazadas que asistieron a su control Prenatal al Hospital Nacional de Amatitlán en Septiembre de 1993

| Medios de Comunicación | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Radio                  | 37         | 24.66      |
| Televisión             | 87         | 58         |
| Periódico              | 4          | 2.67       |
| Entre la Gente         | 7          | 4.67       |
| Todos                  | 15         | 10         |
| Total                  | 150        | 100%       |

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Anexo No. 1)

CUADRO No. 13

Distribución de las Pacientes en Estudio que Recibieron Información sobre SIDA en su Control Prenatal en el Hospital Nacional de Amatitlán en septiembre de 1993

| Recibieron Información de SIDA en su Control Prenatal | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|------------|
| SI  | 66         | 44         |
| NO  | 84         | 56         |
| TOTAL   | 150        | 100%       |

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (Anexo No. 1).



### VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Luego de haber clasificado y presentado los resultados obtenidos en el estudio, se analizaron los cuadros correspondientes.

**CUADRO No. 1:** Este cuadro nos muestra la distribución según grupo etáreo de las 150 pacientes en estudio, donde podemos establecer que en su mayoría son pacientes en que se inicia la edad fértil y la vida sexual más activa o sea entre los 20 y 24 años, con un total de 24.67%, de 25 a 29 años el 21.33%, de 30 a 34 años el 19.33%; encontrándose solamente de 40 a 44 años el 6.67%.

**CUADRO No. 2:** Como podemos observar, este cuadro nos da información sobre los conocimientos sobre SIDA, según grupo etáreo de las pacientes en estudio; siendo de 30 a 34 años el 16% de 20 a 24 años el 14% con conocimientos buenos (51-75 puntos), de 25 a 29 años el 12% conocimientos excelentes (76-100 puntos). En general del total de la población el 62% tienen conocimientos buenos y el 5.33% es deficiente (0-25 puntos).

**CUADRO No. 3:** En las actitudes respecto al SIDA de las pacientes en estudio de acuerdo al grupo etáreo se establece que en su mayoría optaron una actitud buena el 14% de 20 a 24 años, el 9.33% de 25-29 años; observando además que del 19.33% del total de pacientes de 30 a 34 años el 8% optó una actitud regular (26-50 puntos).

**CUADRO No. 4:** Las prácticas sobre SIDA de acuerdo al grupo etáreo de las pacientes en estudio el 10% es bueno en las de 20 a 24 años, el 9.33% es excelente de 30 a 34 años, el 4.67% regular de 25 a 29 años y el 2.67% deficiente de 35 a 39 años.

Analizando los cuadros 2, 3 y 4 podemos observar, que estos cuadros nos dan información sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) sobre SIDA, según grupo etáreo de las pacientes en estudio, estableciendo que en su mayoría las pacientes tienen buenos conocimientos y prácticas sobre SIDA, pero sin embargo, sus actitudes son regulares en el 36% y deficientes en el 12.67% de la población en estudio.

**CUADRO No. 5:** Este cuadro nos muestra los conocimientos en las pacientes en estudio según estado civil, observándose que de las pacientes unidas que son el 50.67%, de ellas tienen conocimientos buenos el 33.33%, excelente el 11.33%, de las casadas del 39.33% tienen conocimientos buenos el 24%;

excelente el 14.67% y en las solteras del 10%, es bueno el 4.67% y excelente el 2.67%.

**CUADRO No. 6:** Podemos observar que las actitudes respecto al SIDA de las pacientes en estudio, de acuerdo al estado civil, en su mayoría tuvieron una actitud buena tanto las casadas como las unidas en un 20% actitudes regulares en las casadas el 9.33% y excelentes el 7.33%; regular el 19.33% en las unidas, y mientras que las solteras el 7.33% optó actitudes regulares.

**CUADRO No. 7:** El cuadro nos muestra que en la práctica sobre el SIDA de las pacientes en estudio de acuerdo al estado civil en su mayoría tanto unidas como casadas, tienen prácticas buenas, el 21.33% y el 16% respectivamente, de las solteras el 4% es bueno; de las casadas el 16% es excelentes y unidas el 11.33% es regular.

Analizando los cuadros Nos. 5, 6 y 7 con respecto a conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA de las pacientes en estudio se puede observar que tanto las unidas como las casadas tienen buenos conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA, pero las madres solteras del 10% total sus conocimientos y prácticas son buenas, en cambio sus actitudes respecto al SIDA son regulares.

**CUADRO No. 8:** Este cuadro nos muestra los conocimientos sobre SIDA en las pacientes en estudio según alfabetismo y analfabetismo, en donde del 80.67% de alfabetas el 50% tienen conocimientos buenos, el 28% excelentes y de los analfabetas del 19.33% total, del 12% sus conocimientos son buenos, pero del 5.33% son deficientes.

**CUADRO No. 9:** De acuerdo a las actitudes respecto al SIDA que optaron las pacientes en estudio según alfabetismo y analfabetismo, el primer grupo el 39.33% sus actitudes son buenas, el 27.33% regulares, el 9.33% excelentes, sin embargo, el segundo grupo el 8.67% regulares y el 8% deficientes.

**CUADRO No. 10:** En relación a las prácticas sobre SIDA según alfabetismo y analfabetismo, del primer grupo el 36% tienen buenas prácticas el 30.67% excelente, el 14% regular, y del segundo grupo el 6.67% bueno, pero el 5.33% regular y deficiente.

Analizando los cuadros 8, 9 y 10 nos demuestra que de la población en estudio el 80.67% son alfabetas y el 19.33% son analfabetas teniendo ambos

grupos conocimientos y prácticas buenas, pero los analfabetas tienen regulares actitudes y analizando nuestra situación nacional es muy poca la asistencia de pacientes al hospital y las cuales en su mayoría son analfabetas pasando a formar parte de la población en riesgo.

CUADRO No. 11: En cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en las 150 pacientes embarazadas estudiadas de acuerdo a la calificación establecida el 58.66% están en el rango de bueno y el 4.67% es deficiente observando además que del 30% sólo 10% optó actitudes excelentes y del 33% y 12.67% actitudes regulares y deficientes, que sumados hacen el 48.67% de la población.

CUADRO No. 12: Observamos en este cuadro el medio de comunicación que según la población en estudio es donde más ha tenido información sobre el SIDA, siendo la televisión y la radio con un 58% y 24.66% respectivamente, sin embargo, el periódico es donde menos ha tenido información con un 2.67%. Se hace notar que los medios de comunicación de alguna manera están brindando información a la población lo que evidencia presentando conocimientos buenos, pero sus actitudes son negativas en cuanto al enfermo y la enfermedad del SIDA.

CUADRO No. 13: Este cuadro muestra la información sobre SIDA recibida por las pacientes en estudio, en donde se nota un categórico 56% de las pacientes que no han recibido información y que siendo relativamente una población en riesgo no se le ha dado la importancia respectiva en cuanto al carácter de prevención se refiere.

#### IX. CONCLUSIONES

1. La edad más frecuente de las pacientes que formaron parte del estudio, estuvo comprendido de 20 a 24 años de edad siendo un total de 24.67%; edad en la que se inicia la vida sexual más activa y la edad fértil.
2. Dentro de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA la mayoría de pacientes en estudio obtuvieron el rango de bueno (51-75 puntos).
3. Con respecto al estado civil existe un factor de riesgo en el grupo de madres solteras, ya que en conocimientos y prácticas el 10% tienen 4.67% y 4% respectivamente; pero en sus actitudes les falta información, debido a que existe un tabú con respecto a la actitud y rechazo social hacia el enfermo y la enfermedad del SIDA.
4. El grupo de alfabetas llenó los requisitos de conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA, en un 80.67% quedando como grupo de riesgo el de las analfabetas con un 19.33%.
5. El medio de comunicación que más impacto ha tenido en información de SIDA ha sido la televisión, siendo el 58%; y deficiente el periódico, (prensa escrita) únicamente un 2.67% de impacto, lo cual representa que no todos los medios de comunicación se han utilizado para la educación y prevención del SIDA.
6. El 56% de la población en estudio no ha recibido información sobre SIDA en su control prenatal, debido a que es más frecuente que la información sobre VIH-SIDA esté más dirigida hacia los hombres que hacia las mujeres en general y específicamente esta población en riesgo donde hay una transmisión madre-feto.

#### X. RECOMENDACIONES

1. Durante el control prenatal poner más énfasis en las madres solteras, en cuanto a información y prevención del SIDA se refiere, por ser un factor de riesgo, por su condición social, convivencia y factor socioeconómico.
2. De la información que se les da sobre SIDA a las pacientes que asisten a su control prenatal o en forma general, hacer más énfasis en actitudes positivas (hacia personas VIH contaminadas), hacia su relación psicobiosocial con la enfermedad y el enfermo de SIDA.
3. Que por medio de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales se realice un programa intensivo para prevención del SIDA, encaminado al grupo de analfabetas, para facilitarles información sobre el mismo y que puedan autoeducarse sexualmente.
4. Que en las consultas externas de control prenatal de los hospitales, centros y puestos de salud, se ponga más énfasis en la información y capacitación sobre la prevención del SIDA, en la paciente embarazada por la transmisión madre-feto que puede darse en el mismo.
5. Que los medios de comunicación conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública y Organizaciones no Gubernamentales divulguen en forma masiva información sobre prevención del SIDA, en forma general en distintos dialectos. Para que la misma pueda brindarse a todos los sectores de la población.

## XI. RESUMEN

En el presente estudio se determinó los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) sobre SIDA en las pacientes embarazadas que asistieron a su control prenatal al Hospital Nacional de Amatlán, durante el mes de septiembre de 1993, con una muestra de 150 pacientes.

El análisis de la información evidenció que el grupo etáreo más frecuente fue el comprendido entre 20 y 24 años de edad, y en forma general la mayor parte de pacientes que formaron el estudio estuvieron en la categoría de bueno de acuerdo a sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA.

El grupo de madres solteras y analfabetas fue el más deficiente con respecto a CAPs siendo un factor de riesgo muy importante, debido a que estos forman un grupo significativo de las consultas de los centros de asistencia de salud dentro de la población. Entre los medios de comunicación la televisión fue la que más impacto tuvo en la población, a pesar de que actualmente contamos con mayor cantidad de los mismos sin embargo, no son utilizados todos en su totalidad para la educación y prevención del SIDA. Además se pudo establecer que un 56% de las pacientes no han tenido información sobre SIDA en su control prenatal lo que nos indica que este grupo de población es de riesgo ya que puede haber transmisión madre-feto.

Por lo anteriormente expuesto vemos la importancia que tiene el presente estudio ya que hasta el momento hay muy pocos estudios similares reportados en la literatura del país. Por lo cual se recomienda a las autoridades que tienen a su cargo el Programa Nacional del SIDA así como a Organizaciones Gubernamentales y ONGs que están vinculadas con la prevención del SIDA le brinden más importancia a ese tipo de población en riesgo y con ello disminuir esta pandemia y aumentar los CAPs en nuestro país.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.-A.G.P.C.S. Normas para prevenir el contagio de la inmunodeficiencia Humana, en el ambiente del empleado de salud. Guatemala, 1,989 18 pag. (3,4) (Publicación de la Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA).
- 2.-Alvarez H. Sergio F. Estudio seroepidemiológico del virus de la inmunodeficiencia humana por medio del Test de Elisa.- Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, agosto 1,992 55 pag.
- 3.-Asociación Guatemalteca para la prevención y Control del SIDA Los Mitos y las Realidades del SIDA. Guatemala, Diciembre 1,992 16 pag. (6,7).
- 4.-Boletín Epidemiológico de O.P.S. La Situación del SIDA en las Américas Washington; 1988 16 pag. (publicación científica de la OPS vol. 9 No. 4).
- 5.-Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Presencia del VIH en la leche materna. Febrero de 1,993 (vol. 114 No. 2.)
- 6.-Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Conocimientos y actitudes de los adolescentes de Barbados sobre el SIDA. Enero de 1,993 (Vol. 114 No. 1). Walrond E. et al
- 7.-Boletín Epidemiológico de la O.P.S. Investigación sobre VIH/SIDA En América Latina y el Caribe: 1,983-1,991. Washington Marzo de 1993 (Vol 14 No. 1).
- 8.-Boletín de O.M.S. El día Mundial del Sida 1,990. Dedicado a las Mujeres. Informe de OMS, Ginebra 1,990.
- 9.-Boletín Internacional sobre Control y Prevención del SIDA. Cuando, porqué y a quien hacer la prueba del VIH. Enero de 1,992 No. 14 pag. 16 (7).
- 10.-Bond Lydia s. A. Portfolio of AIDS/STD Behavioral Interventions and Research. Washington, 1,992 314 pag.
- 11.-Calderon G. Edgar E. Creencias, Actitudes y Prácticas en adolescentes, en grupos de alto riesgo en relación al SIDA. Tesis (Médico Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Marzo 1992 73 pag. (15-19).
- 12.-CONAVISIDA El SIDA en Guatemala y su transmisión en personas asintomáticas. Boletín mensual de la Comisión de Vigilancia y Control del SIDA. Guatemala, agosto de

- 1,992 4 pag.
- 13.-CONAVISIDA, Boletín mensual de la Comisión de Vigilancia y Control del SIDA. El Drama de una Madre con SIDA. Guatemala Mayo de 1,992 No. 6 4 pag.
  - 14.-Comité de Infecciones Nosocomiales Hospital Roosevelt. Aspectos Éticos del Manejo del Paciente HIV positivo y del paciente con SIDA. Guatemala 1,990.
  - 15.-Díaz J. B. Análisis de la Epidemia del SIDA en Guatemala por Años, sus Tendencias. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA D.G.S.S. Guatemala 1,992 4 pag.
  - 16.-Del Busto José A. El Médico Frente al SIDA. Antigua Guatemala Hospital Nacional de Antigua, 1,990 173 pag.
  - 17.-Haward L. Minkoff M.D. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana durante el Embarazo. En sus Clínicas de Ginecología y Obstetricia, México Interamericana. McGraw Hill 1,990 p 457-629.
  - 18.-Instituto Panos SIDA y Tercer Mundo. España, 1,988 192 pag.
  - 19.-Melendes C. César E. Conocimientos Actitudes y Prácticas en Estudiantes Universitarios en relación al SIDA. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1,992.
  - 20.-Organización Panamericana de la Salud. Prevención del SIDA Mediante la Educación. Boletín Epidemiológico, Jun 1,988 104 (6): 390-401
  - 21.-Organización Mundial de la Salud. Directrices para la asistencia de enfermería a las personas infectadas por el VIH. Serie OMS sobre el SIDA, No. 3.- Guatemala 1,988 44 pag.
  - 22.-Organización Panamericana de la Salud. Transmisión Heterosexual del SIDA. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 104 (1):63 Enero 1,988.
  - 23.-Organización Mundial de la Salud. Jonathan Mann. Intercambio sobre la Promoción de la Salud y la lucha contra el SIDA. Una nueva plataforma. 1,992 11 pag.
  - 24.-Pape J. et al Transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Perfil de una epidemia. Washington O.M.S. 1,988 71-82 pag.



- 25.-Peña S. Irma C. Conocimientos, Prácticas y Actitudes que sobre el SIDA poseen los Cirujanos Dentistas y Mecánicos Dentales. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1,991 40 pag.
- 26.-Populations Reports El SIDA una crisis de salud pública USA. Serie L No. 6 Abril 1,977, 43 pag. (6-19).
- 27.-Programa Nacional del SIDA D.G.S.S. Epidemia del SIDA en Guatemala. (Acumulado hasta junio de 1,993) Informe de la reunión de un grupo técnico de DGSS. Guatemala Junio de 1,993 6 pag.
- 28.-Revista Médica de Panamá. (Infectología) SIDA en panameños. Reyes Ricardo R. et al Panamá 1,986 Vol. 18 No. 2 pag. 169-175.
- 29.-Rodas M. Armando H. Frecuencia del VIH en Pacientes de Control Prenatal del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1,990 54 pag.
- 30.-Solorzano B. Jorge, El SIDA un problema mundial. APROFAM Guatemala 1,988 año VIII No. 4 27 pag. (4-5).
- 31.-Suarez Ch. Raúl et al Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida en su. SIDA Orígenes causas y Consecuencias. Mediciencia editora Abril 1,989 pag. 27-55.
- 32.-Sumary A Practical Synopsis of the VII International Conference SIDA. Philadelphia 1991 June pag. 350 (16-21).
- 33.-Surbone A. et al Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y el complejo relacionado al SIDA. (CRS) con un regimen de 3Azido2-3 dedeoxitimidina,- AZT ó Zidovudina y Aciclovir. Infectología 1,988 pag. 4-6/
- 34.-The Medical Letter. Azidotimina para el Tratamiento FRL SI. Noviembre de 1,986 Vol. 128 No. 726, pag. 30-32.
- 35.-Toledo L. José A. SIDA Actualización de un Problema Contemporáneo. Guatemala AGAYC 1,992 103 pag.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SIDA,  
EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A SU CONTROL PRENATAL.

EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

OCCUPACION \_\_\_\_\_ PROVIENE DEL AREA: RURAL \_\_\_\_\_  
URBANA \_\_\_\_\_

ALFABETA \_\_\_\_\_ ANALFABETA \_\_\_\_\_

1. Sabe ud. qué es la enfermedad del SIDA.
  - a. Una enfermedad incurable
  - b. Una enfermedad que lleva a la muerte
  - c. Una enfermedad que se transmite a otra persona
  - d. Todos los anteriores
  - e. No sabe
  
2. El SIDA se transmite por:
  - a. Tener relaciones sexuales con muchas personas
  - b. Transfundir sangre contaminada
  - c. Usar jeringas no esterilizadas
  - d. Todas las anteriores
  - e. No sabe
  
3. Considera ud. que el SIDA se contamina más en:
  - a. Los homosexuales
  - b. Los drogadictos que se inyectan
  - c. Los hombres y mujeres que tienen muchas relaciones sexuales con mujeres u hombres desconocidos
  - d. Todos los anteriores
  - e. No sabe
  
4. Considera ud. que las picaduras del mosquito nos podría contaminar con el virus del SIDA.  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO SABE \_\_\_\_\_
  
5. Una mujer embarazada, infectada por el virus del SIDA, puede contaminar a su hijo durante el embarazo o el parto.  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO SABE \_\_\_\_\_

6. Si ud. durante su embarazo le informan que tiene SIDA, qué haría?

\_\_\_\_\_

7. Si ud. estuviera enferma del SIDA, qué utilizaría para curarse?

\_\_\_\_\_

8. Si ud. estando embarazada adquiere el virus del SIDA, y nace su hijo con SIDA, qué haría?

Matarlo \_\_\_\_\_ Abandonarlo \_\_\_\_\_

9. Si ud. estuviera contaminada con el virus del SIDA, le daría de mamar a su hijo.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ POR QUE \_\_\_\_\_

10. Podría convivir en una casa donde hubiera una persona con SIDA

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. Le daría la mano o un beso a una persona con SIDA

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. Han hablado alguna vez con su coyugue o conviviente sobre el SIDA.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO SABE \_\_\_\_\_

13. Si ud. sabe que su esposo tiene SIDA, tendría relaciones sexuales con él

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14. Si tiene relaciones sexuales con su esposo, qué método utilizaría para prevenir el SIDA.

a. Condón b. Pastillas anticonceptivas c. T. de cobre  
d. Ninguno

15. El uso correcto del preservativo o condón, nos protege del SIDA

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16. Ha tenido en los últimos 5 años; ud. o su esposo, alguna enfermedad de transmisión sexual
- SI \_\_\_\_\_ CUAL \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
17. En qué medio de comunicación ha oído hablar más sobre prevención del SIDA
- a. radio b. televisión c. periódico d. entre la gente e. todos f. ninguno
18. Le han hablado durante su control prenatal sobre lo que es el SIDA
- SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
19. Considera que durante su control prenatal sería recomendable que la hablarán más a fondo sobre el SIDA
- SI. \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
20. Si le dieran una capacitación sobre el SIDA durante su control prenatal en el hospital, estaría de acuerdo con ser una promotora de prevención en su comunidad
- SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**EL SIDA ES UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS**

Gracias por su colaboración.